【様式一覧】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式 | 様式名 | 実施要領内ページ数 |
| 様式１ | 参加意向申出書 | ２ |
| 様式２ | 会社概要 | ２ |
| 様式３ | 業務実績表 | ２ |
| 様式４ | 質問書 | ３、５ |
| 様式５ | 質問回答書　（※当院で使用） | ３ |
| 様式６ | 提案資格確認結果通知書 | ３ |
| 様式７ | 提案書 | ３、４ |
| 様式８－１～様式８－１３ | 提案書添付書類 | ３、４ |
| 様式９ | 結果通知書 | ６ |
| 様式１０ | 豊橋市民病院入院セットレンタル提供業務にかかる提案書の特定者について　（※当院で使用） | ６ |
| 様式１１ | 辞退届 | ７ |

様式１

プロポーザル参加意向申出書

令和　　年　　月　　日

豊橋市長　　長坂　尚登　　様

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　印

令和　年　月　日付けで公告された下記プロポーザルに必要書類を添えて参加を申し込みます。

なお、本書の提出にあたり、応募資格を満たしていること、並びに本書に記載する内容及び添付の必要書類の内容については、事実と相違ないことを誓約いたします。

記

１　件　　名　豊橋市民病院入院セットレンタル提供業務

２　必要書類

　　　ア　様式２　会社概要（医療関連サービスマーク制度認定されている事業者は医療関連サービスマーク制度認定書の写しを添付すること。）

　　　イ　様式３　業務実績表（業務の契約書の写し及び業務内容が確認できる書類（仕様書の写し等）を添付すること。）

　　　ウ　直近３事業年度分の財務諸表類の写し（賃借対照表、損益計算書、キャッシュフロー計算書等経営実績がわかるもの）

　　　エ　様式２　委託先会社概要（クリーニング業務を委託する場合のみ提出）

連絡担当者

担当部署

氏　　名

電　　話

F　A　X

E – mail

様式２

**会　社　概　要**

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 所　在　地 |  |
| 担当部署の連絡先 | 担当部署 |  |
| 担 当 者 |  |
| 住　　所 |  |
| 電　　話 |  |
| Ｆ Ａ Ｘ |  |
| E - mail |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金 |  |
| 売上高 |  |
| 従業員数 | 　　　　　　名（令和　　年　　月末現在） |
| 事業概要 |  |
| 備　　考 |  |

様式３

業務実績表（参加資格確認用）

令和元年度以降の同種の業務実績を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①業務名 |  |
| 病院名 |  |
| 病床数 |  |
| 履行期間 |  |
| 業務の概要 |  |
| ②業務名 |  |
| 病院名 |  |
| 病床数 |  |
| 履行期間 |  |
| 業務の概要 |  |
| ③業務名 |  |
| 病院名 |  |
| 病床数 |  |
| 履行期間 |  |
| 業務の概要 |  |

※４００床以上の病院に対して履行した実績について３件まで記載すること

※上記業務の契約書の写し及び業務内容が確認できる書類（仕様書の写し等）を添付すること

様式４

**質　　問　　書**

業務名　　　豊橋市民病院入院セットレンタル提供業務

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 上記業務のプロポーザル | ・参加意向申出書の提出 | に関して、次の項目を質問します。 |
| ・提案書の作成 |

　　　　　　　　　　　　※該当する方を○で囲んでください

令和　　年　　月　　日

　豊橋市長　　長坂　尚登　　様

　　　　　商号又は名称：

代表者職氏名：

　　　　　担当者氏名：

　　　　　電話番号：

　　　　　Ｆ　 Ａ 　Ｘ：

電子メール：

|  |
| --- |
| 質　問　事　項　（簡潔に） |
|  |

注意事項：質問がない場合は、質問書を提出する必要はありません。

様式５

令和　　年　　月　　日

業務名　　　豊橋市民病院入院セットレンタル提供業務

**質問回答書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ＮＯ. | 質問 | 回答 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

様式６

提案資格確認結果通知書

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表者職氏名

豊橋市長　長坂　尚登

令和　　年　　月　日付けで公告された下記プロポーザルについて、提案資格確認結果を通知します。

記

１　件　　名　豊橋市民病院入院セットレンタル提供業務

２　履行場所　愛知県豊橋市青竹町字八間西５０番地　豊橋市民病院

３　提案資格の有無

（１）資格を有することを認めます。

（２）次により、資格を有することを認めません。

理由：○○のため

担当課　豊橋市民病院事務局管理課（物品担当）

電話　　０５３２－３３－６２８１

FAX　　 ０５３２－３３－６２７３

E-mail　hosp-kanri@city.toyohashi.lg.jp

様式７

令和　年　月　日

豊橋市長　長坂　尚登　様

所　 在 　地：

商号及び名称：

代表者職氏名：　　　　　　　　　　印

提案書の提出について

下記委託業務に係る提案書の募集について、提案書を提出します。

なお、本書及び添付書類の記載事項が事実と相違なく、その内容が実現可能であることを誓約いたします。

記

　１　業務の名称　　豊橋市民病院入院セットレンタル提供業務

　２　添付書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 様式 | 項　　目 | ページ |
| 様式８－１ | １　入院セット内容（料金も記載） |  |
| 様式８－２ | ２　業務日及び業務時間 |  |
| 様式８－３ | ３　スタッフの配置人数、シフト等 |  |
| 様式８－４ | ４　スタッフの業務体制、業務範囲等 |  |
| 様式８－５ | ５　緊急入院、業務時間外の対応 |  |
| 様式８－６ | ６　利用者への案内、周知方法等　　※実際のパンフレットを添付すること |  |
| 様式８－７ | ７　利用者からの問い合わせ、クレーム対応等 |  |
| 様式８－８ | ８　料金の支払い方法（未収金対応等） |  |
| 様式８－９ | ９　災害等非常時の対応 |  |
| 様式８－１０ | １０　導入スケジュール |  |
| 様式８－１１ | １１　その他独自の提案事項 |  |
| 様式８－１２ | １２　受託実績、経営状況 |  |
| 様式８－１３ | １３　提案する手数料率（％） |  |

記載担当者

所　属：

職氏名：

電　話 ：

ＦＡＸ ：

E-mail ：

様式８－１

**１　入院セット内容**

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－２

**２　業務日及び業務時間**

|  |
| --- |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－３

**３　スタッフの配置人数、シフト等**

|  |
| --- |
|  |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－４

**４　スタッフの業務体制、業務範囲等**

|  |
| --- |
|  |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－５

**５　緊急入院、業務時間外の対応**

|  |
| --- |
|  |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－６

**６　利用者への案内、周知方法等**

|  |
| --- |
|  |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－７

**７　利用者からの問い合わせ、クレーム対応等**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－８

**８　料金の支払い方法（未収金対応等）**

|  |
| --- |
|  |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－９

**９　災害等非常時の対応**

|  |
| --- |
|  |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－１０

**１０　導入スケジュール**

|  |
| --- |
|  |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－１１

**１１　その他独自の提案事項**

|  |
| --- |
|  |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－１２

**１２　受託実績、経営状況**

(１)受託実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分 | １ | ２ | ３ |
| 業務名 |  |  |  |
| 病院名 |  |  |  |
| 病床数 |  |  |  |
| 履行期間 |  |  |  |
| 業務の内容 |  |  |  |
| 特筆すべき成果 |  |  |  |

　※４００床以上の病院において、令和元年度以降に受託したものを記入すること。

　※３件を超える実績がある場合は複数ページにわたって記入すること。ただし、最大６件までとする。

様式８－１２

（２）経営状況

|  |
| --- |
|  |
|  |

※枠等は特に設ける必要はない。

※写真、図表等を活用してもよいが明瞭なものとすること。

様式８－１３

**１３　提案する手数料率（％）**

|  |
| --- |
| 提案する手数料率（％） |
| （％） |

※枠等は特に設ける必要はない。

様式９

結　果　通　知　書

令和　　年　　月　　日

商号又は名称

代表者職氏名

豊橋市長　長坂　尚登

貴社より提出があった下記プロポーザル提案書について、審査結果を次のとおり通知します。

記

件名　　豊橋市民病院入院セットレンタル提供業務プロポーザル

結果　１　最適であると特定しました。

理由　○○のため

契約等の手続きにつきましては、別途連絡します。

または

２　次の理由により特定しませんでした。

理由　○○のため

※非特定理由については、本通知日の翌日から起算して5日（土・日、祝日・休日を含まない。）以内に、書面（様式は自由）により説明を求めることができます。

担当課　豊橋市民病院事務局管理課（物品担当）

電話　　０５３２－３３－６２８１

FAX　　 ０５３２－３３－６２７３

E-mail　hosp-kanri@city.toyohashi.lg.jp

様式１０

豊橋市民病入院セットレンタル提供業務プロポーザル契約候補者の特定について

豊橋市民病院入院セットレンタル提供業務

プロポーザル評価委員会

１　委託業務名　　豊橋市民病院入院セットレンタル提供業務委託

２　業務期間　　　令和７年６月１日から令和１２年５月３１日まで

３　契約候補者の特定方法

豊橋市民病院入院セットレンタル提供業務プロポーザル評価委員会において、公募型プロポーザル方式により参加業者から提出された提案内容を評価基準に基づき採点した結果、合計得点が最も高い次の提案者を契約候補者として特定しました。

４　契約候補者

商号又は名称

所在地

５　提案者数

問い合わせ先

豊橋市民病院事務局管理課（物品担当）

電話　　０５３２－３３－６２８１

FAX　　 ０５３２－３３－６２７３

E-mail　hosp-kanri@city.toyohashi.lg.jp

様式１１

**辞　　退　　届**

令和　　年　　月　　日

豊橋市長　　長坂　尚登　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　 在 　地

 　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

豊橋市民病院入院セットレンタル提供業務プロポーザルに参加を申込みましたが、下記により辞退いたします。

記

辞退理由：